

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

530

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 26 juillet 1895, à 1 heure

Par A. LAFONT

Né à Nérès, le 11 septembre 1869
Ancien externe des hôpitaux

TRAITEMENT

DES

ABCÈS CHAUDS

DE LA PROSTATE

Par l'incision rectale

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } MM. LANDOUZY, professeur.
RICARD, CHAFFARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

530

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 26 juillet 1895, à 1 heure

Par A. LAFONT

Né à Nérès, le 11 septembre 1869
Ancien externe des hôpitaux

TRAITEMENT

DES

ABCÈS CHAUDS

DE LA PROSTATE

Par l'incision rectale

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } MM. LANDOUZY, professeur.
RICARD, CHAUFFARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILÉAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉRIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE AMI TANT REGRETTÉ

LE DOCTEUR GABRIEL PEILLON

A MA VÉNÉRÉE GRAND-MÈRE

A MES CHERS PARENTS

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR ROUTIER

Chirurgien de l'hôpital Necker

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

S'il est des heures difficiles dans la vie, il en est de plus douces ; aussi, arrivé au terme de nos études médicales, croyons-nous remplir un pieux devoir en adressant ici nos bien vifs remerciements à tous ceux qui, matériellement et surtout moralement, nous ont aidé et encouragé dans notre tâche.

En songeant à ces dernières années, trop vite écoulées, nous consacrons un souvenir ému à la mémoire de notre très regretté maître, M. le professeur agrégé Ollivier, dont la vaste érudition et la haute probité étaient connues de tous.

Nos anciens maîtres des hôpitaux, MM. de Saint-Germain, Rigal et Marfan, ont droit à notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant le cours de notre stage hospitalier ; nous la leur exprimons de tout cœur.

M. le D^r Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, a bien voulu nous inspirer le présent travail. Nous le prions de recevoir l'hommage sincère de notre profonde gratitude. Les marques de bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant la si courte année d'externat passée près de lui sont de celles qui

laissent en vous une réconfortante impression et que le temps n'efface pas.

Pour notre bien cher ami, Jules Auclair, interne des hôpitaux, dont l'amitié envers nous ne s'est jamais démentie, nous formons mille vœux affectueux.

Que notre ami Favier, docteur en droit, que nos chers collègues Talon, Champomier et Baudon y soient associés pleinement; trop de souvenirs déjà nous unissent, nous ne saurions les oublier.

Nous offrons à M. le professeur Tillaux l'expression de tous nos remerciements.

C'est un grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

TRAITEMENT
DES
ABCÈS CHAUDS
DE LA PROSTATE
PAR L'INCISION RECTALE

INTRODUCTION

Après l'importante monographie de M. Segond (1880), si nourrie de documents, sur les abcès de la prostate; après la remarquable communication du même auteur sur leur traitement par l'incision péri-néale, faite un peu plus tard à la Société de Chirurgie (1885), il semblait fort osé d'aborder la question. Mais ayant eu la bonne fortune de passer une année aux voies urinaires, dans le service de notre excellent Maître, M. le D^r Routier, nous avons été témoin d'un certain nombre de faits très intéressants. C'est la conduite tenue en ces circonstances qui nous a suggéré

le présent travail : « *Traitement des abcès chauds de la prostate par l'incision rectale.* »

Nous avons divisé notre sujet en quatre parties d'égale importance :

La première comprend l'histoire et la façon d'envisager le traitement des anciens auteurs ;

La deuxième un court chapitre d'anatomie ;

La troisième l'anatomie-pathologique ; indispensable à la clarté de notre exposé.

La quatrième enfin, de beaucoup la plus considérable, discute les différentes méthodes de traitement chirurgical et les raisons qui nous font préférer l'incision rectale dans la très grande majorité des cas. Quelques observations inédites confirmeront notre manière de voir.

Nous y joindrons en terminant le relevé des abcès prostatiques et périprostatiques non compris dans l'ouvrage de M. Segond, et principalement les faits nouveaux parus de 1880 à 1895.

HISTORIQUE

En parcourant les *Annales de la littérature médicale ancienne*, nous avons trouvé çà et là quelques rares observations d'abcès de la prostate.

Ambroise Paré, au xvi^e siècle, rapporte le premier, l'histoire d'un homme, porteur d'une gonorrhée depuis 10 ans, qu'on ne put parvenir à sonder et qui mourut en quelques jours.

« A l'ouverture, dit-il, je trouvay sa vessie toute pleine d'urine et fort estendue ; les prostates grossès, enflées, ulcérées, et pleines de pus ».

Nous relevons dès le début du xviii^e siècle, chez le lithotomiste Colot, six observations authentiques d'abcès de la prostate. Dans l'une, il existait un abcès gros comme deux œufs de pigeons avec frissons, élancements, etc., dont l'incision par le périnée fut suivie quand même d'une fistule rectale qui se cicatrisa très bien. Dans une autre, c'est un homme de 35 ans atteint de rétention d'urine. On ouvrit une tumeur « plus grosse qu'une balle à jouer à la longue paume, suite de débauches de jeunesse ». Une troisième observation lui montre à l'autopsie « le col de la vessie plein de pointes et boutons qui se pourrissaient et tombaient dans la vessie de sorte qu'il s'en faisait une décharge ».

Dans une quatrième, il trouve en ouvrant le corps un énorme abcès soupçonné pendant la vie, entre la vessie et l'intestin, enfermé dans une poche enkystée, contenant une grande quantité de pus tout-à-fait corrompu.

Une autre, l'observation Champeron, lui fait voir : « les prostates attaquées de dépôts qui s'y étaient faits par l'excès des plaisirs de l'amour », amenant la suppression totale des urines, la formation d'une tumeur urineuse et la gangrène du scrotum. Une incision au périnée, suivie de l'ouverture du scrotum jusqu'au testicule du côté gauche, provoque la guérison sans fistule et sans autres inconvénients.

Enfin une dernière, celle du « sieur Brabançon, rendant, avec ses urines, grande abondance de matières purulentes » dont les prostates tuméfiées et enflammées nécessitent l'incision du périnée comme dans la taille. « Il me fût impossible, dit l'auteur, de résister à la puanteur des matières qui sortirent... il parut ensuite deux abcès que j'ouvris ». Le malade mourut le quinzième jour. On trouva « les prostates purulentes... la partie charnue et interne de la vessie pourrie et presque séparée du corps, mais le reste de l'organisme sain ».

Et Colot ajoute plus loin : « Si les prostates sont affectées, si le mal est trop grand qu'il résiste à ces remèdes (saignées répétées), il faut avoir recours aux remèdes rigoureux. On doit faire une incision au périnée, y entretenir une canule pour un temps, tirer les urines et les matières corrompues ».

Cet auteur avait donc entrevu les abcès de la prostate, en avait soupçonné les causes et le traitement, mais méconnu les symptômes et les particularités. Il ne les ouvrit qu'accidentellement en pratiquant la taille périnéale.

C'est donc incontestablement au célèbre J.-L. Petit que revient l'honneur d'avoir bien vu cette affection. Ses trois observations sur les rétentions d'urine, causées par l'inflammation de la prostate, sont tracées de main de maître et classent les abcès de cette glande comme maladie à part dans le cadre nosologique.

Bosquillon se rappelle des malades chez lesquels la moindre irritation de la prostate, produite par des causes extérieures, « a déterminé des accès de fièvre absolument semblables à ceux des fièvres intermittentes. » Il cite un cas de Hildan où l'abcès s'ouvrit et il en résulta « un ulcère énorme, très profond, s'étendant inférieurement vers la vessie et même jusqu'à la prostate qui, à ce que je pense, dit-il, était affectée depuis longtemps. » Une fistule uréthro-périnéale consécutive fut plus de trois mois à se cicatriser. Une observation de Stoll qu'il rapporte est suivie de mort. A l'autopsie, on rencontre deux abcès ouverts de chaque côté de la glande et plusieurs abcès plus petits dans les environs.

A la même époque, et pour la première fois, Desault donne une description didactique de l'affection. Il a vu sur plusieurs cadavres ouverts publiquement dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, « des dépôts très étendus dans cette glande, mais ne l'a jamais trouvée fon-

due et détruite par la suppuration ; elle restait plus grosse qu'à l'état naturel. » Lorsqu'il y a eu des dépôts considérables, « ils ont presque toujours été situés à l'extérieur de la glande, soit entre elle et la vessie, soit du côté du rectum. »

Mais il n'apporte aucune observation nouvelle et ne fait qu'ébaucher le traitement. Swédiaur et Nauche copient Desault sans y rien ajouter. Miex inspiré, Jourdan nous laisse une bonne étude, mais il ajoute : « La résorption peut seule débarrasser la prostate, et la nature en accorde rarement le bienfait. Quant à l'art, il ne peut fournir aucun secours. » Conclusion à laquelle nous sommes loin de souscrire.

Dans Everard Home, quatre faits personnels, dont l'un, après ouverture de l'abcès dans l'urèthre, fut suivi de caverne prostatique fort longue à se combler. Le second a trait à un malade de 55 ans, qui en s'introduisant le cathéter lui-même « sentit quelque chose se crever. » L'abcès fut guéri en trois semaines et ici le pus fluait entre la sonde et la paroi du canal. Les deux autres, suivis d'autopsie, montrèrent « une caverne prostatique très profonde, avec deux calculs et une matière tout-à-fait informe les englobant, » puis chez un rétréci de 73 ans, avec engorgement du lobe moyen en plus : deux petits abcès entre la vessie et le rectum.

Soemmering, d'après une observation de Dorndorff, croit que la suppuration de la prostate peut être facilement guérie chez les jeunes gens.

Résumant et complétant ses devanciers, Boyer laisse

un travail qu'on relit encore avec plaisir. Il cite un cas de Fabre où l'abcès creva une première fois du côté de la vessie, après avoir mis le malade en grand danger de mort; et la seconde fois, du côté du rectum et fut suivi d'un empâtement profond de la cuisse droite qui laissa le patient longtemps sans pouvoir marcher.

Pour Amussat « il n'arrive presque jamais que les abcès de la glande s'ouvrent spontanément au dehors, ou nécessitent l'emploi du bistouri; le plus souvent le pus se fait jour dans l'urèthre ». A l'appui il rappelle le fait d'un abcès prostatique, ouvert par le chirurgien pendant le cathétérisme, avec guérison en deux mois. La thèse de Dugas marque en 1832 un véritable progrès. Elle renferme des observations remarquables qui nous ouvrent des horizons nouveaux sur l'étiologie et le traitement. Et la conclusion de ce travail, c'est qu'il faut ouvrir de bonne heure par la vessie ou le périnée la collection purulente, ainsi qu'en fait foi le remarquable exemple de Dupuytren. Bégine à son tour « trace dogmatiquement l'histoire de la prostatite » et lui a donné une importance qui ne s'est pas amoindrie de nos jours. Il abandonne, à tort selon nous, les abcès de la prostate à eux-mêmes; tout au plus permet-il de les ouvrir par la vessie comme cela est arrivé à J.-L. Petit et à Béclard.

Bientôt Verdier et Marchal nous font connaître les faits de la pratique de leur maître, le célèbre professeur Lallemand de Montpellier; les observations se multiplient éclairant d'un jour tout nouveau l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de l'affection. Aux

prises avec des cas difficiles, dont l'expectation augmente de jour en jour la gravité, ces observateurs sont naturellement conduits à adopter des méthodes rationnelles : l'ouverture délibérée de l'abcès par le cathétérisme ou par l'incision prérectale.

Une série de nécropsies leur permettent en même temps de saisir la marche du processus dans l'intimité des tissus, ainsi que le passage de l'inflammation des follicules muqueux au tissu cellulaire ambiant, etc.

Entre temps, dans son magnifique *Traité des maladies des reins*, Rayet reconnaît le retentissement sur cet organe des maladies et inflammations de la prostate abandonnée à elle-même.

Une magistrale étude de Velpeau, dès 1842, met au point la question, consacre l'ouverture de bonne heure de l'abcès par le rectum ou la vessie, tout en reconnaissant le périnée comme lieu d'élection, lorsque la fluctuation viendrait à y être sentie. La description « de la caverne prostatique » jette une vive lumière sur le mécanisme des fistules prostatiques et sur leur gravité.

Vers 1853, Vidal de Cassis nous laisse trois intéressantes observations de prostatite aiguë blennorrhagique guéries par le traitement médical.

Puis viennent les travaux de Gazil et Béraud, reflet de la doctrine de Velpeau.

Dès lors les cas d'abcès de la prostate mieux observés deviennent de plus en plus nombreux. Qu'il nous suffise de citer les noms de Civiale, Nèlaton, Demarquay. Ce dernier pratique hardiment en plusieurs fois l'incision périnéale que Nèlaton trouve trop auda-

cieuse et complète l'étude de la périprostatite mentionnée par Phillips.

De nos jours, M. Thompson, M. le professeur Guyon, pratiquent surtout la ponction rectale et laissent d'importants documents sur la question.

Il est à remarquer que jusqu'en 1877 M. Guyon n'est intervenu qu'une seule fois par le périnée.

La thèse inaugurale de M. Segond résume et complète admirablement en 1880 les travaux précédents. Et la communication du même auteur à la Société de Chirurgie, en 1885, met à l'ordre du jour le procédé d'intervention par le périnée qui semble universellement adopté depuis cette époque, ainsi que cela résulte des observations dont nous avons pu prendre connaissance dans les littératures étrangères.

On est donc tout surpris de voir en 1893 Zuckerkandl, rapportant la pratique de son maître Von Dittel, attribuer à ce dernier la paternité de l'incision périnéale, mise en honneur pour la première fois par Colot et successivement adoptée par Lallemand, Demarquay et tant d'autres.

ANATOMIE

Bien que les Anciens aient rarement observé les maladies des voies urinaires, la prostate était cependant connue dès la plus haute antiquité. Placée en avant des réservoirs de l'urine et du sperme, cette glande appartient à la fois aux systèmes urinaire et génital. C'est dans son intérieur que se réunissent en un seul canal, commun désormais aux deux appareils, les canaux qui en sont issus. De là cette déduction bien naturelle : retentissement possible des maladies de l'appareil génito-urinaire sur la prostate et réciproquement.

Nous laisserons de côté les dimensions, la forme, le poids et la structure de l'organe, et nous insisterons tout spécialement sur son anatomie topographique, base de tout traitement chirurgical. Quelques schémas que, pressé par le temps, nous n'avons pu faire imprimer, auraient simplifié notre description.

Entourant l'urèthre à sa portion initiale comme un anneau, parfois incomplet, la prostate a sa plus grosse partie saillante vers l'ampoule rectale. Au dessus de l'aponévrose périnéale moyenne, derrière la symphyse pubienne, en avant du rectum, elle est située dans l'étage supérieur du périnée.

Une loge cubique l'entoure étroitement, loge fermée en bas par l'aponévrose moyenne ou ligament de Carcassonne avec ses deux feuillets supérieur et inférieur, se continuant avec l'aponévrose périnéale superficielle; en haut, par l'aponévrose supérieure de Denonvilliers; en avant, par la face postérieure du pubis dont la séparent les plexus veineux de Santorini; en arrière, par l'aponévrose prostatopéritonéale; à droite et à gauche, par les aponévroses pubio-rectales placées de champ.

Ces plans fibreux ne forment pas une enveloppe impénétrable à la glande que des vaisseaux nombreux, particulièrement un riche lacis veineux, entourent largement, créant autour de la prostate, selon l'expression de M. Tuffier, un véritable carrefour veineux où afflue et stagne le sang de la verge, de la vessie et du rectum en partie. Ce sont là des voies toutes ouvertes aux plus redoutables complications. Ajoutez-y le réseau abondant des lymphatiques, nés des parois des glandes et les troncs principaux qui en partent, si bien étudiés par M. Sappey, et vous comprendrez sans peine la marche des phlegmasies de l'organe et à rayer leur propagation.

Ces aponévroses n'offrent pas partout une égale résistance. M. Segond a montré, dans les expériences qu'il a faites à ce sujet, et ce que l'anatomie pure faisait prévoir, les points faibles de ces feuillets fibreux.

La loge rétro-prostatique ouverte par son bord postérieur par une incision large de deux travers de doigt, oppose à l'index une résistance pour ainsi dire infranchissable, excepté en bas et sur la ligne médiane, en

bas en dehors, puis entre le rectum et l'aponévrose prostatopéritonéale. Dans ces points l'on sent d'une part la paroi molle et dépressible du rectum, de l'autre le périnée antérieur et en troisième lieu la fosse ischio-rectale où vous conduit sans peine une pression très légère.

En possession de ces notions indispensables à notre sujet, nous allons aborder avec fruit l'étude anatomopathologique des abcès de la prostate.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les chirurgiens grecs, arabes, latins, et ceux du moyen-âge ne nous ont fourni aucun renseignement de quelque valeur sur ce chapitre. Peut-être faut-il attribuer cette absence de documents à ce que « les occasions de voir leur manquaient ». Quoiqu'il en soit c'est à Benivieni, Bonnet et Morgagni que nous devons les premières descriptions anatomo-pathologiques macroscopiques.

Normalement, les éléments glandulaires de la prostate sont renfermés dans une foule de loges limitées par des fibres lisses et des travées de tissu conjonctif, celui-ci, organe de soutien. Vers la périphérie de la glande les fibres lisses font place à des fibres striées.

Pathologiquement, dans une première période, à la simple inspection, d'après les autopsies faites par des observateurs tels que Voillemier, Peter, Thompson. « L'organe est gonflé, son volume augmente jusqu'à deux et quatre fois. Les vaisseaux sanguins extérieurs sont distendus par un sang noir. La muqueuse a une teinte plus foncée que d'habitude. La pression fait sourdre un fluide rougeâtre assez trouble, mélange de lymphé épanchée, de sérum, de sang, venant des capillaires

engorgés, de liquide prostatique et d'une très petite quantité de pus ».

Le bel exemple de Peter, recueilli chez un sujet mort d'une maladie intercurrente dans le cours d'une chaudi-pisse, montre « une série de gouttelettes de pus qui s'échappaient à la pression, manifestement de chacun des follicules prostatiques ». C'était là une prostatite canaliculaire ou muqueuse.

Dans le cas de Voillemier rapporté par M. Le Dentu, la phlegmasie débutant par les lobules, avait certainement franchi les limites du tissu glandulaire.

Velpeau, comparant les inflammations prostatiques aux phlegmasies de la parotide, de la mamelle, etc., distinguait des formes à début variable, soit dans les éléments glandulaires même, soit dans la trame conjonctive de la glande. Mais les recherches histologiques modernes ont montré que la lésion de l'élément épithélial est primordiale. C'est là une loi commune aux processus glandulaires.

Chez un homme atteint d'une prostatite aiguë et, enlevé rapidement par une broncho-pneumonie, MM. Brissaud et Segond ont pu saisir le processus sur le fait. Ils ont vu la lésion d'une glandule prise isolément, glandule envahie par une prolifération épithéliale intense, remplissant le cul-de-sac et le canal excréteur. Ainsi modifiée, la glandule joue le rôle d'épine pour les tissus voisins, de même que le tubercule initial dans le poumon. Selon la durée et l'intensité du travail phlegmasique, il y aura résorption, tendance vers l'organisation, ou fonte purulente.

Les anciens observateurs avaient fort bien soupçonné la pathogénie du processus.

Lallemand, dans son ouvrage des *Pertes séminales* (T. I), ne montre-t-il pas nettement sur des « coupes le tissu cellulaire gagné par l'inflammation des follicules muqueux; gorgés d'un liquide visqueux, fusiforme et ressemblant à des canaux qu'on aurait injecté de cire? » Et cette autre pièce de Velpeau où « la prostate aussi grosse qu'un œuf de poule renfermait une grande quantité de pus, infiltré dans son parenchyme et non rassemblé en foyer » n'est-elle pas suffisamment concluante? Les divisions adoptées par cet auteur pour n'être guère justiciables de la clinique nous fournissent un enseignement précieux sur l'indépendance relative des départements glandulaires. Cette indépendance explique clairement les différentes lésions trouvées à l'autopsie par les auteurs. Tantôt les altérations d'une simple adénite : faits de Thompson, Le Dentu, Peter, Segond; tantôt des altérations plus avancées : ce sont des abcès miliaires ou collections intra-glandulaires en nombre et volume très variables : cas de Velpeau, Lallemand, Civiale, et dont ce dernier exagère la fréquence. Et dans ce deuxième groupe on est forcé de convenir « qu'il se passe quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans les inflammations de la mamelle. » A côté de glandules en pleine suppuration, on en trouvera d'autres presque indemnes. De là ces bosselures si bien perçues à l'examen chez le vivant par le toucher rectal. Tantôt enfin — et c'est ce qui se présente dans un grand nombre d'observations ou autopsies, —

la confluence de ces abcès miliaires explique la formation de ces cavités amples, anfractueuses, traversées de brides celluleuses — anciennes limites des loges glandulaires — siégeant ici sur un seul lobe prostatique, là occupant les deux lobes, mais nettement séparées par un septum mince et résistant comme nous en avons vu un très remarquable exemple chez un de nos malades (Voyez Obs. V). La cavité varie de la dimension d'une lentille, d'un pois, à celle d'une mandarine et d'un œuf de poule. Elle peut occuper toute la capsule de la glande, exceptionnellement le tissu glandulaire situé au-dessus de l'urèthre.

Le contenu est généralement un pus crémeux, de bonne nature, dont la quantité varie de quelques gouttelettes à 180 grammes et plus. L'urèthre peut traverser la poche purulente sans avoir aucune communication avec elle, baignant de toutes parts dans le pus et entièrement disséquée. Ce sont là des faits précieux : faits de Guyon et de Thompson rapportés par M. Segond qui nous serviront à défendre notre méthode du traitement des abcès chauds par l'incision rectale. Le pus n'est pas toujours de bon aloi ; il peut s'y mêler des débris de tissu cellulaire sphacelés, du sang, de l'urine quand l'abcès communique avec l'urèthre, par exemple. Il est alors d'une fétidité épouvantable qu'on n'oublie jamais, après avoir assisté à l'ouverture d'une de ces cavités.

La suppuration peut se faire jour du côté du rectum ; c'est même un mode relativement fréquent de terminaison favorable. Verdier constate que cette

ouverture présente moins de gravité que celle qui à lieu dans la vessie : « Les abcès guérissent alors le plus souvent sans qu'on s'occupe d'eux ». Affirmation évidemment empreinte de quelque exagération.

En revanche les auteurs sont unanimes à reconnaître le petit nombre de fois où le pus s'est fait jour par le périnée. Il traverse rarement le ligament de Carcassonne qui lui offre une barrière résistante, difficile à franchir.

Malheureusement ces terminaisons spontanées ne se font guère sans produire ou entraîner à leur suite de nouvelles poussées inflammatoires et des complications souvent redoutables, parfois mortelles.

Nous voulons parler de la périprostatite, des phlébites, des fusées purulentes multiples et de leurs conséquences, dont les notions anatomiques précédentes sur la loge fibreuse protectrice de la prostate, nous font entrevoir la marche et la direction.

La périprostatite, huit fois sur dix, n'est que la propagation de la phlegmasie au tissu cellulaire voisin par simple contiguité de tissu ou par perforation de l'abcès de la prostate dans la zone celluleuse rétro-prostatique. Bien rarement elle succède à une lésion minime de la muqueuse uréthro-prostatique, sautant la glande et se propageant vraisemblablement par la voie lymphatique. Desnos en 1889 en rapporte un curieux exemple chez un homme de 27 ans et qui donna lieu à un abcès collecté sous l'aponévrose du grand oblique. C'est à la voie lymphatique qu'appartient, sans doute, cette propagation assez anormale.

D'autres fois, c'est le système veineux qui est en jeu : ainsi qu'en témoignent les faits de Segond, Carpentier, Méricourt, etc., d'une gravité incontestable.

On a comparé heureusement l'inflammation péri-prostatique par voie lymphatique aux inflammations des ligaments larges chez la femme (Reliquet, Segond).

Selon la marche du phlegmon, on trouve des abcès circonscrits et peu vastes, ou bien des abcès sans bride ni cloisonnement, siégeant presque toujours en arrière de la prostate, rarement sur les côtés, et ayant une grande tendance à gagner tout le tissu qui occupe l'étage supérieur du petit bassin. Il est intéressant de voir que souvent, au milieu de la fonte purulente générale, le col de la vessie, l'urèthre, les vésicules séminales, le rectum, restent indemnes; parfois cependant ces organes sont détruits ou gravement touchés et l'urèthre présente au point de vue des ulcérations une disposition fâcheuse, ainsi que l'ont observé Latlemant, Velpeau et depuis, bien des contemporains. Il en résulte l'épanchement des urines, plus rarement, même exceptionnellement des fèces dans le foyer (un cas de Guyon) et partant des accidents infectieux graves d'emblée, des fistules intarissables, ou des propagations multiples heureusement rares pouvant aller très loin dans les organes voisins (abcès costal, ombilical fessier, et à l'aîne, etc.).

Ces complications, en partie résumées dans la remarquable observation suivante due à M. Tillaux, indiquent nettement toute l'importance du traitement à instituer.

OBSERVATION.

Abcès prostatique provoqué chez un jeune homme de 20 ans
par des excès de coït. Mort.

Observation inédite communiquée par M. Tillaux, et
empruntée à la thèse inaugurale de M. Segond.

Vers la fin de janvier 1876, M. Tillaux a reçu, dans son service à l'hôpital Lariboisière, un jeune homme de 20 ans, fort, vigoureux, vierge de toute affection urétrale antérieure et chez lequel les symptômes d'une prostatite s'étaient déclarés à la suite d'excès invraisemblables de coït. Le malade était gargon de café ; il passait tout le temps à son service, et rentré chez lui consacrait le reste de son temps au coït. Il pouvait répéter cet acte 8 ou 10 fois par nuit en moyenne et n'y manquait jamais.

A l'arrivée du malade, on put constater tous les signes habituels d'une suppuration prostatique (fièvre, tumeur appréciable par le toucher rectal, difficultés de la miction, douleurs périnéales vives, etc.). La nuit suivante l'abcès s'ouvrait spontanément dans l'urèthre.

Le lendemain M. Tillaux mit une sonde à demeure ; mais l'instrument ne fut pas supporté, sa présence provoquait des douleurs intolérables. D'ailleurs l'évacuation du pus avait déterminé une rémission complète de tous les symptômes et tout laissait espérer une guérison rapide.

Il n'en fut rien, quelque temps après, et sans cause appréciable, il se produisit une nouvelle poussée inflammatoire du côté de la prostate. Les suppurations qui jusque-là étaient localisées dans l'intérieur même de la glande avaient envahi les tissus voisins (l'abcès simple s'était transformé en

prostatite phlegmoneuse diffuse). Toute la région prostatique était le siège d'un empâtement phlegmoneux qui se prolongeait dans la fosse ischio-rectale gauche. La diffusion s'étendit en outre vers le haut. Elle suivit le canal déférent, gagna le trou obturateur et, très rapidement, M. Tillaux vit apparaître un empâtement phlegmoneux vers la racine de la cuisse au niveau de la région obturatrice. Il n'y avait pas de fluctuation ; M. Tillaux n'intervint pas. Au bout d'un certain temps l'empâtement fémoral disparut par résolution et les symptômes parurent s'amender.

Mais ici commence la troisième phase de cette intéressante observation. La collection purulente s'ouvrit dans le rectum, et tous les symptômes d'une large fistule uréthro-rectale furent constitués. La suppuration était abondante et les urines s'écoulaient par l'anus à chaque miction. Il se produisit même des phénomènes de rectite très graves. A partir de cette époque, le dépérissement fut rapide.

Pour mettre un terme à ces accidents, M. Tillaux songea à tenter la guérison de la fistule en décollant l'une de l'autre les parois uréthrales et rectales pour les faire ensuite glisser de manière à changer les rapports des deux orifices.

Dans ce but, le malade fut examiné avec le plus grand soin. On lui fit respirer du chloroforme pour permettre une exploration rendue intolérable par les phénomènes de rectite, et M. Tillaux put alors déterminer très exactement le siège et les caractères du trajet fistuleux. L'orifice était très élevé et siégeait au niveau de la base de la prostate. L'opération devait donc présenter de sérieuses difficultés.

Du reste, M. Tillaux n'eut pour ainsi dire pas le temps de mettre son projet à exécution ; les symptômes de cachexie s'accusèrent de plus en plus, et le malade succomba en peu de jours.

L'autopsie n'a pu être faite.

On pourrait difficilement trouver un tableau plus complet :

1° Sécurité trompeuse à la suite de l'ouverture de l'abcès par l'urèthre ;

2° Transformation de l'abcès simple en prostatite phlegmoneuse ;

3° Propagation à la fosse ischio-rectale, au canal défèrent, trou obturateur, etc. ;

4° Ouverture dans le rectum, créant une large fistule uréthro-rectale avec phénomènes graves de rectite, suppuration, cachexie, mort : nous démontrant ample-
ment les dangers de la non-intervention chirurgicale dans les abcès de la prostate ; cela nous conduit tout naturellement au traitement.

TRAITEMENT DES ABCÈS CHAUDS DE LA PROSTATE

Les nombreux cas relatés dans la science où des accidents graves, parfois mortels, se sont montrés dans l'évolution des abcès chauds de la prostate, marquent bien l'importance considérable qu'il faut accorder au traitement. Ces accidents, une mort sur sept, persistance d'une fistule rebelle une fois sur sept (Campenon), doivent disparaître de plus en plus avec les progrès des méthodes antiseptiques et chirurgicales actuelles.

Trois voies sont offertes au chirurgien pour donner issue à la collection purulente :

1° *La voie uréthrale ou vésicale ;*

2° *La voie périnéale ;*

3° *La voie rectale.*

Bien entendu, nous notons seulement en passant le traitement médical qui avait déjà donné des résultats à Vidal de Cassis, mais au prix de quels efforts : sangsues répétées (jusqu'à 60), cathétérismes réitérés, soins médicaux constants, souffrances intolérables pendant une durée variant de un à deux mois.

L'emploi local de l'eau chaude à titre de décongestionnant en compresses permanentes sur le périnée, les lavements d'eau très chaude à 55°, poussés très lentement dans l'intestin, conseillés par M. Reclus,

ces derniers deux et trois fois par jour, ont sans doute procuré quelques succès, mais tout à fait au début de la phlegmasie et longtemps continués; ce n'est pas d'ordinaire à cette période que le malade entre à l'hôpital; nous ne nous y arrêterons donc pas.

L'intervention chirurgicale reste donc notre principale ressource devant les abcès de la prostate.

Mais auparavant, une statistique portant sur 93 abcès de la glande (Campenon) dont l'évolution ne fut modifiée par aucune intervention chirurgicale précoce, va nous donner de précieux enseignements sur ce que peut faire la nature abandonnée à ses seules ressources. Le cathétérisme pratiqué le plus souvent dans un but évacuateur, et donnant ainsi par hasard issue au pus, n'entre pas ici en ligne.

Ces 93 ouvertures spontanées se classent de la façon suivante :

- 36 fois dans l'urèthre seul;
- 6 fois dans le rectum seul;
- 20 fois dans le rectum et l'urèthre;
- 2 fois dans la vessie (dont 1 cas douteux).

Ce qui donne en chiffres ronds 66 0/0 d'ouverture dans le rectum et l'urèthre, et 37 0/0 pour l'urèthre seul.

Mais 12 fois, cette dernière terminaison s'est compliquée de fusées purulentes, ce qui assombrit le tableau de près de 13 0/0.

14 fois enfin, le pus a suivi une voie détournée pour arriver à l'extérieur, soit 15 0/0 en plus de complications qui, ajoutées aux 12 précédents font 27 0/0 de

gravité, chiffre énorme montrant bien les dangers de l'affection d'une part, l'insuffisance de l'ouverture dans l'urèthre ou la vessie d'autre part, et dans tous les cas, combien peu il faut compter sur une terminaison favorable spontanée.

Si nous ajoutons à cette statistique empruntée à l'excellent article de M. Campenon, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, et qui remonte à 1880, toutes les observations d'ouvertures spontanées, recueillies dans les revues et traités depuis cette époque, nous obtenons une nouvelle statistique, disparate, sans doute, car se trouvent mêlés les faits de la période pré-antiseptique et de la période antiseptique, mais qui prise en bloc, a bien sa valeur quand même.

Les chiffres suivants vont permettre d'en juger.

De 1880 à 1895, nous relevons six ouvertures spontanées dans la vessie ou l'urèthre avec trois morts, cinq dans le rectum, où l'on a dû intervenir quand même, soit par le périnée, soit par l'agrandissement de l'orifice de l'abcès dans le rectum.

En résumé, 104 ouvertures spontanées avec 29 complications graves, consécutives, ne modifient guère le pronostic précédent et démontrent l'absolue nécessité d'une intervention rapide.

Abordons maintenant la discussion des méthodes de traitement chirurgical.

CHAPITRE PREMIER

LA VOIE VÉSICALE OU URÉTHRALE.

Il n'existe à proprement parler qu'un seul cas d'ouverture voulue dans la vessie d'abcès de la prostate, c'est le cas célèbre de J.-L. Petit si bien décrit dans ses œuvres. C'est donc là une chose exceptionnelle. Elle aurait lieu, au dire de Béraud, lorsque le foyer purulent siège sur les côtés en haut et en arrière de la prostate.

Boyer rapporte une observation, due à Fabre, d'un jeune homme qui demeura plusieurs jours entre la vie et la mort et chez lequel l'abcès de la prostate se crevant dans la vessie amena un mieux énorme, malheureusement les frissons et les douleurs se renouvelèrent, le pus se créa une nouvelle issue par le rectum et le malade ne guérit qu'après une longue convalescence. Le malade d'Erichsen mourut d'hémorrhagie uréthrale incoercible, et l'on découvre un vaste abcès ouvert dans la vessie. De plus, la présence du pus dans la vessie peut être la cause à la longue d'une néphrite ascendante, etc. (faits de Rayer, von Dittel). La voie vésicale est donc d'avance condamnée et dangereuse, comme on le voit.

L'ouverture uréthrale seule, si fréquente, puisqu'à elle seule elle représente 37 pour 100 des observations, est tantôt spontanée c'est le petit nombre, tantôt due au cathétérisme; il est bien peu de chirurgiens actuellement s'occupant des maladies génito-urinaires à qui cela ne soit arrivé plusieurs fois, soit pendant l'examen du malade, soit en le sondant. Les exemples cités par les auteurs sont fort nombreux, depuis Everard Home, Amussat, Reimonencq, Lallemand jusqu'aux contemporains tels que Thompson, Guyon et tant d'autres.

Lorsque ces abcès sont petits, tout près de l'urèthre, abcès sous-muqueux de Chassaignac, sans doute ils guérissent rapidement, souvent sans laisser de traces de leur passage. Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'écoulement du pus peut être mal assuré, le pus peut provoquer par son contact avec le canal des rétentions qui obligent à des cathétérismes répétés et par cela même nuisibles au malade.

La cavité de l'abcès, ouverte à l'urine, peut entraîner par le mélange de celle-ci à la matière purulente et aux débris épithéliaux des phénomènes de résorption. Sa cicatrisation trop hâtive emprisonne le pus et devient par là une source de nouveaux accidents.

Cette cavité, par le seul fait qu'elle s'oblitére à la longue, crée déjà un danger permanent. Mais le point le plus grave c'est sans contredit la production de fistules uréthro-rectales qui se sont produites 28 0/0.

Malgré les succès obtenus par Reimonencq chez deux de ses malades où il perça, de parti pris avec le bec de la sonde, la poche de l'abcès bien que celle-ci

pointât vers le rectum, c'est une mauvaise méthode à laquelle on ne doit recourir que très exceptionnellement. Intervenant trop tôt ne s'expose-t-on pas à déchirer des tissus enflammés et à provoquer l'explosion de phénomènes redoutables : hémorrhagies, etc. ? Ainsi l'auteur précédemment cité fut obligé par quatre fois différentes chez Portal de revider l'abcès avec la sonde. Deux mois après seulement le malade est guéri, conservant cependant des douleurs aiguës pendant l'éjaculation. Chez son second malade Bonaud, « malgré le séjour de la sonde, gomme élastique dans la vessie », séjour qui ne laisse pas d'être fort dangereux, les parois de l'abcès ne se recollèrent pas. Et toutes les 24 heures « l'on était obligé de vider la vessie avec l'algalie pour faire cesser la rétention d'urine. » Je pourrai multiplier les faits de ce genre, mais l'observation de M. Tillaux, citée tout au long ci-dessus, synthétise admirablement tous les inconvénients et toutes les surprises de l'ouverture urétrale de l'abcès. Une fois sur deux l'abcès continue à évoluer. Douze fois sur 67 ouvertures, il y a eu des fusées purulentes d'une gravité excessive. C'est donc s'endormir dans une sécurité bien trompeuse, par cette seule considération que le pus s'écoule par l'urètre et que le malade se sent soulagé. C'est même à ce moment qu'il faut redoubler d'attention et surveiller attentivement les organes voisins par des examens et des touchers répétés.

Le manuel opératoire recommandé par les classiques serait, l'index introduit dans le rectum, de faire saillir la prostate du côté de l'urètre et de faire péné-

trer dans la poche le cathétérisme manié de l'autre main. On conçoit sans peine qu'il ne serait ni facile, ni prudent, d'aller avec le bec de la sonde chercher à déchirer les tissus qui peuvent séparer l'abcès de la lumière du canal.

CHAPITRE II

Restent la voie périnéale et la voie rectale.

Ce sont ces deux voies qui se disputent la priorité. En règle générale, comme le fait remarquer M. le professeur Guyon, le lieu de l'élection de l'ouverture des abcès de la prostate demeure dans une certaine mesure subordonné aux indications du cas particulier que l'on traite. Voyons cependant les raisons qui militent en faveur de ces deux procédés.

Incision périnéale des abcès de la prostate.

C'est Colot, ainsi que nous l'avons vu plus haut, qui pratiqua le premier cette incision périnéale. Le malade fut sauvé.

Ensuite Velpeau la conseilla timidement en 1842, bien que Lallemand l'ait déjà mis en œuvre dans une belle observation dès 1835. Demarquay, Béraud, la pratiquent vers 1845, mais les cas sont isolés. La ponction et l'ouverture de l'abcès par le rectum prédominent après que l'abstention fut restée long temps à l'ordre du jour.

Actuellement, après la communication de M. Segond après la thèse de Guilain et les observations provo-

quées par ses conclusions en 1888, la voie périnéale est très en honneur en France comme à l'étranger.

Quels sont donc les avantages de ce procédé d'après les conclusions du rapport de M. Reclus :

1° Facilité d'application des pansements antiseptiques ;

2° Largeur de l'ouverture, à ciel ouvert, permettant le facile écoulement du pus encore favorisé par la déclivité de l'incision ;

3° Les hémorrhagies plus à craindre, hémorrhagies si fréquentes dans l'incision rectale ;

4° Possibilité enfin d'éviter le plus souvent la fistule uréthro-rectale.

Toutes garanties que n'offre pas l'incision rectale, faite dans un milieu septique, trop étroit, n'empêchant jamais les ouvertures secondaires dans l'urèthre, — d'où la production de fistules rebelles — ni la production de fusées purulentes et parfois l'infection purulente.

Cette méthode n'aurait qu'un seul inconvénient, c'est qu'il pourrait bien se faire parfois une fistule uréthro-périnéale, mais elle a des chances de guérir spontanément.

La conclusion rigoureuse de ce travail est donc d'intervenir sans attendre que la collection ait tendance à s'ouvrir au périnée, ou ailleurs, et alors même que celui-ci conserve sa souplesse.

Sans contredire au progrès réalisé par cette conduite, ouverture large, hardie, précoce au périnée, nous croyons que *la voie rectale* ne mérite pas tous les

reproches qu'on lui adresse. Et d'abord la voie périnéale n'est pas exempte de critiques.

L'hémorrhagie dans une région aussi vasculaire que le périnée peut parfaitement avoir lieu comme dans l'incision rectale et la profondeur de l'incision créer de sérieux ennuis.

Mais là n'est pas le principal reproche. La fistulisation non seulement n'est pas toujours évitée, mais peut être fort longue à se cicatriser et peut persister. L'un des deux opérés de M. Guyon a été quelque temps fistuleux.

OBSERVATION

Un autre malade G... V..., âgé de 24 ans, actuellement au n° 26 de la salle Follin, à Broussais, atteint d'un abcès prostatique blennorrhagique, ouvert spontanément au périnée, il y a 18 mois, fut d'abord traité en province par plusieurs opérations sur le détail desquelles on n'est pas bien fixé.

Entré dans le service il y a un an avec des fistules multiples fessières et périnéales, de l'incontinence des matières fécales consécutives, le patient vit ces accidents disparaître après deux nouvelles interventions. Considérablement amélioré, il conserve encore une petite fistule périnéale et l'abolition de l'intégrité sphinctérienne.

M. Campenon, qui, avec sa bienveillance habituelle, a bien voulu nous communiquer cette observation, a également donné ses soins à un deuxième malade dont l'abcès de la prostate ouvert par incision cutanée dans

un autre service conserva pendant trois mois une fistule uréthro-périnéale. L'intervention par le périnée n'est donc exempte ni de complications ni de dangers.

Il n'est pas démontré non plus qu'un abcès pointant vers le rectum, fluctuant et ouvert par le périnée, ne perce pas secondairement dans le conduit intestinal sous les efforts de la défécation, créant une double fistule uréthro-rectale et uréthro-périnéale comme on en voit des exemples depuis Colot, Velpeau, Lallemand, etc.

De plus l'incision pré-rectale, qu'elle soit transversale ou médiane sur le raphé périnéal, constitue une véritable opération. A voir le manuel opératoire décrit par l'auteur, le décollement de la paroi rectale préconisé par Von Dittel, les vascularisations extrêmes, de la région, les organes importants, avoisinants, il faut avoir des connaissances anatomiques bien précises et surtout une longue pratique.

Dans les cas invétérés, cavernes intarissables le plus souvent d'origine tuberculeuse, nul doute que ces larges incisions ne produisent d'heureux résultats, ainsi qu'il en est rapporté plusieurs exemples (Guyon, Bouilly).

La voie rectale, au contraire mérite, mieux que tout le mal qu'on en a dit.

M. le professeur Guyon, dont la haute autorité en matière d'affections génito-urinaires est bien connue, fait quelques réserves sur l'incision périnéale, et reconnaît

certaines avantages à la méthode que nous préconisons, mais dans des cas bien déterminés.

Des objections dont celle-ci est passible, j'en écarte une immédiatement : le danger d'hémorrhagie sérieuse. Avec le matériel actuel que nous possédons, depuis l'anse galvanique, le thermo-cautère et le merveilleux arsenal de l'hémostase, de l'éponge antiseptique à demeure au fond de la plaie, jusqu'à la forcipressure permanente (Reclus), toute crainte devient vaine. Sans doute, il y a eu dans la science des cas d'hémorrhagies graves : cas de Guiard, le Dentu, Guyon ; ces faits sont en très petit nombre et remontent à plus de 40 ans, mais combien il est facile actuellement de les prévenir, ce qui nous est arrivé (voyez Obs. VI), où une pince à forcipressure laissée en place quelques heures évita tout ennui.

Une deuxième objection visant l'étroitesse de l'incision et le peu d'écoulement assuré au pus, mérite les mêmes critiques que le procédé d'Otto Stoll, ponctionnant le périnée d'un de ses malades et voyant le surlendemain éclater une péritonite rapidement mortelle. C'est parce qu'une technique défectueuse guidait le chirurgien, que de nombreux insuccès couronnaient ses efforts.

Telle la pratique justement surannée de M. Desprès, à une époque où l'antisepsie n'existait pas, consistant à crever l'abcès « à l'aide d'un ongle long, résistant, acéré ». Telle aussi l'ancienne méthode décrite dans tous les classiques, et que voici : le doigt introduit dans l'anus, le chirurgien guidait un bistouri à pointe,

coiffée d'une boulette de cire, avec lequel il ponctionnait l'abcès au point le plus saillant ou le plus mou. Pour que l'ouverture fût rigoureusement étroite, on entourait en plus la lame de l'instrument de bandelettes de diachylon. Dans les cas peu nombreux où l'abcès était petit, nettement collecté, l'issue du pus parfois assurée, le malade guérissait.

Mais avec un abcès de plus gros volume, tendant à la diffusion, parfois même avec un tout petit abcès, les choses se passaient trop souvent, après la ponction, comme si l'abcès s'était fait jour spontanément, le malade rendait par l'anus du pus pendant des mois, exposé à des fistules et des complications, soit vers le péritoine, soit vers les fosses ischio-rectales. Voyez les faits anciens, ceux de M. Lallemand et l'observation relatée par Dransart, où l'ouverture de l'abcès par l'ongle assurant un écoulement insuffisant au pus, se termina par une péritonite et la mort.

Avec de semblables mécomptes, la méthode ne vaut guère créance; c'est ce qui a conduit les chirurgiens à intervenir par la voie périnéale.

Il est évident que l'incision rectale tardive, au petit bonheur, telle qu'elle semble encore pratiquée même de nos jours, devait provoquer beaucoup plus d'écoulement de sang que d'écoulement de pus; de là aussi la raison de ces hémorrhagies méconnues parce qu'on avait opéré à l'aveuglette.

Nous pensons, avec notre excellent maître M. le Dr Routier, qu'il faut opérer de toute autre façon, ainsi

qu'en font foi les succès obtenus (voyez Obs. I, II, III, IV, etc., recueillies salle Civiale).

Le diagnostic est posé, il doit l'être de très bonne heure. Rappelons à ce propos que chez les urinaires jeunes ou vieux, il est d'absolue nécessité de pratiquer souvent le toucher rectal; conseil que M. Segond exprime d'une façon pittoresque en disant que le toucher rectal est aux urinaires ce que l'auscultation est aux rhumatisants. L'inobservation de cette règle n'a pas été sans causer la mort de plusieurs sujets dont l'affection de la prostate, entièrement méconnue pendant la vie, ne fut révélée qu'à la salle d'amphithéâtre; témoin l'histoire, pour n'en citer qu'une, de ce malheureux jeune homme âgé de 24 ans, et doué d'une constitution robuste, mort le quinzième jour d'infection purulente, qu'on soigna pour des accès de fièvre intermittente et chez lequel, malgré des symptômes très nettement accusés du côté des voies urinaires, le toucher rectal ne fut pas même pratiqué (Lassaigue. *Arch. générales de médecine*, 1845).

On trouva à l'autopsie un gros abcès de la prostate saillant dans le rectum, ouvert nulle part et point de départ d'abcès métastatiques nombreux dans le foie et les poumons.

Manuel opératoire. — Nous supposons maintenant le toucher rectal pratiqué et l'abcès reconnu : voici la conduite que vous devez tenir. Le malade est purgé la veille du jour où l'on doit intervenir. On peut en plus réaliser l'antisepsie intestinale avec du naphtol, benzo-

naphtol ou bétol au choix par doses fractionnées prises toutes les 2 ou 3 heures.

Vous anesthésiez le malade ainsi préparé. Une fois endormi celui-ci est placé *dans le décubitus latéral droit*; la cuisse droite étendue, la cuisse gauche suffisamment fléchie, sont soutenue, par un aide; la fesse gauche est relevée. « Introduisez alors dans l'anús, soit le spéculum de Trélat, soit la simple valve de Sims ou tout autre spéculum que vous pouvez faire faire *ad hoc* pour plus de commodité, vous mettrez ainsi à découvert toute la région prostatique qui devient très facilement accessible.

Un grand lavage est rapidement fait à l'eau boriquée suffisamment chaude. La toilette rectale opérée comme on fait la toilette vaginale, il suffit de chercher le point le plus gros en évitant les battements artériels et en ce point *incisez hardiment, largement, dans une étendue de deux à trois centimètres*, plus s'il est nécessaire, en sachant qu'il faut quelquefois enfoncer assez profondément le bistouri.

Une particularité ici est à noter; sur le patient endormi vous pouvez être surpris par la disparition de la tuméfaction et vous demander si vous ne vous êtes pas trompé: cela nous est atténué pour le malade (Obs. II).

Si bien que moins sûr de notre examen, on eut hésité à inciser. Ce fait tient au relâchement des parties, les signes fournis par le toucher s'étant très atténués.

Cette large incision faite, le pus sort à flot; pratiquez alors un bon lavage de la cavité abcédée avec une

canule de verre conduite avec le doigt qui, en même temps, explore cette cavité; et terminez par un tamponnement méthodique à la gaze iodoformée. La cavité bourrée de gaze est ainsi à l'abri des infections secondaires venant du tube intestinal, et l'issue du pus au dehors est librement assurée par la béance de l'abcès.

En opérant ainsi à découvert rien n'est plus facile de s'assurer s'il y a hémorrhagie et de saisir le vaisseau avec une pince à forcipressure. On opère à l'œil nu. Nous avons vu quelquefois après l'incision un léger écoulement sanguin veineux. N'en soyez pas autrement effrayé. Il s'arrête bientôt de lui-même, faisant l'effet d'une saignée locale qui sert à décongestionner la glande et hâte la guérison. Dans un cas, malgré l'incision en dehors du point des battements, il y a eu un commencement d'hémorrhagie artérielle. L'application d'une pince à forcipressure, entourée de gaze antiseptique, et laissée en permanence vingt-quatre heures, en a eu facilement raison (Voy. Obs. VI).

Le tamponnement chez tous nos opérés fut retiré le quatrième jour; chez l'un d'eux il fut expulsé spontanément, l'abcès s'étant rapidement cicatrisé. Et dès le huitième au dixième jour de leur entrée à l'hôpital, ils portaient guéris, la cicatrisation entièrement achevée.

Ni l'ouverture spontanée uréthrale ou vésicale de l'abcès, ni son incision périnéale, n'ont donné entre les mains de leurs auteurs d'aussi bons résultats. En réunissant ensemble les faits de la pratique de MM. Guyon, Segond, Von Dittel et quelques autres, publiés depuis 1880, nous trouvons 25 interventions

dont la guérison a été obtenue en moyenne environ en un mois, au lieu des 51 jours notés dans la thèse de M. Segond. Nos observations abrègent encore cette dernière période de plus de moitié.

En résumé, l'incision rectale dans les conditions où nous la préconisons répond victorieusement à toutes les critiques dont elle est l'objet. Elle permet sinon une antisepsie rigoureuse, partout si difficile à obtenir au sens strict du mot, du moins une asepsie suffisante. Notre procédé opératoire assure le facile écoulement du pus et, par là, évite les complications désastreuses tant de fois notées au cours des anciennes observations. Le danger le plus grave, la production d'une fistule recto-urétrale, est écarté, même lorsqu'on intervient par la voie rectale, après ouverture spontanée et récente de l'abcès dans l'urèthre. Lisez nos observations IV et VII.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le nommé B..., ajusteur, âgé de 40 ans, est reçu salle Civiale, le 24 octobre 1894. Sa première blennorrhagie à 20 ans a duré un mois. Il y a trois semaines poussée d'urétrite, traitée par les tisanes et le copahu ; puis il y a huit jours B... se met à prendre des injections, s'arrête à la troisième, à cause des douleurs qu'elles causent au périnée. C'est ce qui l'amène à la consultation. A son entrée, on ne constate aucun trouble de la miction, ni de la défécation ; on voit une goutte de pus au méat. Le toucher rectal est pratiqué ; la prostate asymétrique présente un lobe gauche très gros et très douloureux. M. Routier porte le diagnostic d'abcès.

29 octobre. — Le patient descend lui-même au pavillon Nélaton.

Anesthésie. Le malade est couché sur le côté droit, une légère dilatation anale faite au spéculum Trélat, la tumeur prostatique a disparu. M. Routier ponctionne dans le lobe gauche, et très profondément, puis incise largement ; il s'écoule une cuillerée de pus vert phlegmoneux ; le doigt explore une caverne de la grosseur d'une noix. La cavité est lavée et bourrée à la gaze iodoformée. Le lobe droit a con-

servé sa souplesse normale et n'est pas ponctionné. Les suites opératoires sont des plus simples.

Le 30. — Le malade va parfaitement, le 3 novembre on retire les mèches et le 7 B... part entièrement guéri.

OBSERVATION II

R... Victor, âgé de 46 ans, entre à Civiale le 21 décembre 1894, porteur d'une blennorrhagie depuis trois semaines, qu'il traite en buvant un bouillon de persil, etc. Il y a quinze jours, il a ressenti une violente douleur au fondement, de la difficulté à pisser pendant les premiers jours, et des douleurs intolérables quand il fait le moindre effort.

Il vient ici surtout pour la miction, difficile et pénible.

La douleur s'est beaucoup apaisée. Au toucher, léger œdème de la muqueuse en avant de la prostate dont le lobe gauche paraît plus gros, puis douloureux.

Vraiment sans l'idée préconçue de trouver un abcès de la prostate, on passerait sûrement à côté.

Le 24. — Anesthésie au pavillon Nélaton. On ne sent plus rien et sans les antécédents très nets qui font affirmer l'abcès on hésiterait à intervenir.

Position latérale. Valve de Sims plus commode que le spéculum Trélat. Incision du lobe gauche.

Il s'écoule un demi verre de pus, épais, phlegmoneux.

Le doigt explore une large cavité prostatique.

Lavage aseptique et tampon iodoformé.

27. — Le malade n'a plus souffert du tout ; il a eu des selles abondantes.

28. — Ablation de la mèche ; le malade se lève et part le 2 janvier complètement guéri. Sur sa demande expresse on le laisse aller à Vincennes.

OBSERVATION III

Louis D..., serrurier, âgé de 29 ans, est reçu à Civiale le 30 janvier 1895. Une blennorrhagie datant d'un mois et demi a été traitée par des injections d'eau blanche tout-à-fait dès le début. Il y a trois jours D... éprouve une violente douleur au fondement quand il tousse ou quand il fait effort.

Rétention d'urine complète qui cède sans sonde. A l'exploration le canal est libre ; au toucher la prostate très dure, irrégulière ; un point semble liquide mais très tendu. Le diagnostic d'abcès est porté.

2 février. — Anesthésie. Spéculum de Trélat, position latérale, ouverture de l'abcès ; issue de plusieurs cuillerées de pus de bonne nature, irrigation, gaze iodoformée bourrant la cavité.

4 février. — Ablation des mèches, le patient va très bien.

8. — A sa sortie on sent un point culminant à la prostate mais pas de douleur. L'ouverture de l'abcès est du reste entièrement cicatrisée.

OBSERVATION IV

Le nommé C..., forgeron, âgé de 40 ans, entre le 6 mars 1895 salle Civiale. Les antécédents sont chargés. Il a eu deux blennorrhagies, la syphilis il y a 3 ans. Depuis un mois les mictions sont devenues chez lui douloureuses, plus fréquentes (mictions toutes les 5 ou 6 minutes). Les douleurs vives qu'il ressent actuellement à l'anus, sa constipation opiniâtre, remontent à 8 jours. Le malade va à l'hôpital du Midi où l'on dit blennorrhagie.

A son arrivée le toucher rectal est excessivement douloureux ; l'on sent un noyau comme une noix au niveau de la prostate. Quand M. Routier, l'examine l'abcès s'est déjà ouvert spontanément dans l'urèthre ; et par la pression du doigt sur la prostate l'on fait sourdre du pus au méat.

14. — Anesthésie ; l'abcès se vidant mal et le malade souffrant ; on incise largement par la voie rectale comme précédemment. Il s'écoule un peu de sang et quelques gouttes de pus. On dilate en même temps une fissure anale. Lavage. Tamponnement.

Le 17. — Ablation de la mèche. L'écoulement de pus par l'urèthre s'est tari. Au toucher, l'empâtement constaté autour de la prostate le jour de l'intervention a disparu et toutes les douleurs ont cessé. A quitté le service le 22 mars en parfait état.

OBSERVATION V

Louis P..., bijoutier, 36 ans, entre à Civiale, le 16 juin 1894.

Sa première blennorrhagie remonte à 26 ans, et depuis goutte permanente.

Le 6 juin. — Accès de fièvre, la température monte à 38°,8, la miction est difficile, douloureuse.

Le 14 juin. — Nouveau frisson et température 39°,8. Rétention d'urine pour laquelle le malade est sondé en ville. Un peu de sang à la suite.

Le 15. — Nouveau frisson, température 40°. Urines troubles, ammoniacales. A son entrée, la langue est sale ; la constipation dure depuis plusieurs jours. Le malade est purgé. On le sonde facilement. Au toucher, on diagnostique un abcès dans le lobe droit de la prostate.

Le 19. — Anesthésie. Décubitus latéral, incision de deux centimètres suivant l'axe du rectum dans le lobe droit. Un flot de pus phlegmoneux s'écoule. Vaste cavité lavée. On constate, alors le doigt dans la cavité, que le second lobe donne la sensation de rénitence. Une seconde incision, parallèle à la première, est aussitôt faite dans le lobe gauche et nouveau flot de pus.

Lavage de la cavité, nettement séparée de la précédente par un septum mince, mais résistant.

Deux mèches à l'iodoforme bourrent les deux cavités.

22. — Le patient a eu hier au soir une élévation de température $40^{\circ},6$ et un violent frisson qui nous étonnent. On finit par savoir que cet incident est survenu à la suite d'une très vive discussion à propos de la pancarte d'observation qu'aurait lue sa femme. Les jours suivants, le malade demande à partir, on le garde jusqu'au 27, où il quitte le service en bonne santé.

OBSERVATION VI

Le nommé Paul L..., âgé de 35 ans, entre à Civiale, le 16 juillet 1894. Il a eu deux blennorrhagies, la première à 21 ans, la deuxième à 22 ans, qui ont parfaitement guéri. Jamais rien eu depuis. Mais il y a 6 semaines, nouvelle blennorrhagie qui est arrêtée d'abord par des lavages, puis est revenue depuis huit jours. L... nous apprend qu'il ressent également depuis trois semaines des douleurs dans la région du rectum comme s'il avait, dit-il, une grosseur. Il n'a pas de difficulté pour la défécation, mais éprouvé des élancements. Au toucher, l'abcès prostatique est certain.

18 juillet. — Anesthésie. L'abcès est moins apparent qu'au précédent examen. Même manuel opératoire que les autres fois. Incision rectale suivant l'axe sur la ligne médiane ;

issue d'un verre de pus phlegmoneux. Lavage ; on s'aperçoit que le malade saigne... Une pince à forcipressure qu'on entoure de gaze iodoformée est mise à demeure. Tamponnement de la cavité de l'abcès.

Le 19. — On retire la pince.

Le 20. — Le patient rend spontanément le tampon rectal.

Le 22. — Il sort sur sa demande, l'abcès est guéri, mais la prostate reste grosse et rénitente. Il ne souffre plus du tout.

OBSERVATION VII

Le nommé P..., mécanicien, 54 ans, entré le 3 juillet 1895, porteur d'une blennorrhagie, la première, dont le début remonte à 6 semaines, caractérisée par un écoulement très abondant. Au déclin de la maladie, fièvre intense, sensation de pesanteur dans la région périnéale ; difficulté pour aller à la selle et pour uriner.

A son entrée dans le service le 3 juillet, difficulté extrême pour uriner ; on est obligé de sonder le malade. Le toucher rectal permet de porter quelques jours après le diagnostic d'abcès, de la prostate. Le grand nombre d'opérations, pratiquées au pavillon Nélaton, font ajourner l'intervention.

Le 10. — Les douleurs sont moins vives, fluctuation des plus nettes.

Le 11. — L'abcès s'ouvre spontanément dans le canal, la pression sur la prostate fait sourdre du pus bien lié, verdâtre.

Le 12. — Incision par la voie rectale, comme précédemment grande quantité de pus, lavage et tamponnement, le lendemain rétention d'urine et élévation de la température à 38°,8. On sonde le patient, la température tombe rapidement

et actuellement le 17 juillet les urines sont claires, l'écoulement par l'urèthre a cessé, le malade s'alimente bien et se trouve en voie de guérison.

OBSERVATION VIII

Rétrécissement masquant un abcès de la prostate.

Le nommé Jouvin L..., ciseleur, âgé de 41 ans, est reçu le 18-mars 1895, salle Civiale.

Il a eu sa première blennorrhagie à 19 ans ; elle a duré quatre semaines et a très bien guéri. Vers 30 ans bubon ulcéré à l'aîne dont la guérison fut assez longue.

Il y a 4 mois, nouvelle chaudepisse qui a coulé pendant trois mois, le mois dernier les mictions deviennent douloureuses ; le malade prend à cette époque du copahu, de l'opiat, des lavages au sulfate de zinc qui ne lui procurent aucun soulagement. Le jet diminue rapidement de volume et depuis 8 jours l'urine est expulsée goutte à goutte ; les mictions ont lieu tous les quarts d'heure le jour comme la nuit. Reçu dans le service pour un rétrécissement le malade a des mictions très douloureuses. Il ressent des élancements au périnée qui s'irradient surtout à gauche de l'anus et sur lesquels il n'attire pas tout d'abord notre attention.

A l'examen une sonde à boule exploratrice n° 20 est arrêtée à 12 centimètres et sent des brides dans la région pénienne ; les n°s 18, 16, 14, 12, ne sentent plus les brides, mais sont également arrêtés. Le n° 11 passe facilement. Le toucher rectal n'est pas pratiqué. On dilate le rétrécissement progressivement ; mais le 24 mars, à la suite d'une rétention d'urine et de phénomènes de plus en plus douloureux, l'attention est

enfin attirée du côté de la prostate et au toucher l'abcès prostatique occupant le lobe gauche est diagnostiqué.

25 mars. — Anesthésie. Spéculum Trélat, Incision rectale de 2 centimètres. Issue d'un flot de pus fétide. Lavage de la cavité qui est anfractueuse. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le lendemain, amélioration générale telle que le malade demande s'il pourra bientôt s'en aller.

Trois jours après l'intervention on retire le tampon. Grand lavement et sulfaté de magnésie, le malade étant constipé.

Le 29. — Le malade s'aperçoit que l'urine sort par le rectum quand il va au cabinet. Les lavages vésicaux à l'eau boriquée confirment l'existence d'une fistule recto-urétrale.

Les jours suivants la fistule est traitée par une large incision périnéale et guérit rapidement. Le malade n'avait eu de température à aucun moment. Plusieurs autres fistules scrotales font rester le malade dans le service pendant deux mois.

Remarques. — Nos interventions sont toutes suivies de succès à l'exception d'une, la huitième, datant du mois de mars, où une fistule recto-urétrale consécutive à l'abcès a promptement guéri, grâce à une seconde opération. Même lorsqu'il y avait eu ouverture spontanée dans l'urèthre, l'incision rectale (Obs. IV) est venue hâter la terminaison favorable. Il s'est passé ici ce qu'avait observé M. Segond, ouvrant hardiment par le périnée un abcès de la prostate qui avait déjà crevé dans l'urèthre. Dans l'un et l'autre cas, aucune fistule ne s'ensuivit. L'ouverture spontanée dans l'urèthre n'est donc pas une contre-indication à une incision

de l'abcès par la voie rectale, pourvu que celle-ci soit faite de bonne heure.

Notre insuccès (n° 8) n'est qu'un insuccès relatif; *c'est parce que l'on est intervenu trop tard; c'est parce que l'on a méconnu l'abcès à évolution insidieuse*, n'ayant pas donné lieu à des phénomènes fébriles, que malgré l'incision, le pus s'est ouvert un chemin quand même dans l'urèthre, le processus phlegmasique ayant déjà mortifié les tissus de ce côté? Cet exemple nous permet d'insister sur l'obligation où se trouve le médecin de pratiquer le toucher rectal, d'abord négligé ici. Pendant que nous étions chargé de la petite consultation externe au Pavillon Nélaton, il nous est arrivé plusieurs fois de laisser passer à un examen rapide des abcès de la prostate et de croire à un rétrécissement uréthral. Notre excellent maître, M. Routier, ne tardait pas à relever notre erreur; erreur que nous avons évitée par la suite *en pratiquant méthodiquement le toucher rectal chez tous les urinaires*.

Disons en terminant que la guérison de nos opérés eut été sûrement de plus courte durée, si la répartition du service en trois tronçons et le grand nombre d'interventions à la salle de gynécologie eussent permis d'inciser séance tenante et non trois et quatre jours après, les abcès de la prostate dont le diagnostic était posé.

RELEVÉ DES OBSERVATIONS DES ABCÈS PROSTATIQUES ET PÉRI-PROSTATIQUES

NON PUBLIÉES DANS LA MONOGRAPHIE DE M. SEGOND
OU PARUES DE 1880 A 1895.

1. ROUTIER. 1894. — Abscess of the prostate in a man of 40 years. Opening of the abscess by the large rectal incision. Cure in eight days.
2. ROUTIER. 1894. — Abscess of the prostate during the course of a gonorrhoea. Large rectal incision. Cure in eight days.
3. ROUTIER. 1895. — Abscess of the prostate at the decline of a gonorrhoea. Injections of white water. Large rectal incision. Cure in six days.
4. ROUTIER. 1895. — Abscess of the prostate in a blacksmith aged 40 years, opened spontaneously in the urethra. Large rectal incision. Cure on the eighth day.
5. ROUTIER. 1893. — Double abscess of the prostate in a jeweller of 36 years, occurring as a result of a military gout. Double large rectal incision. Cure in eight days.

6. ROUTIER. 1895. — Absès prostatique blennorrhagique chez un homme de 35 ans. Large incision rectale. Hémorrhagie promptement arrêtée par une pince à forcipressure laissée en place 24 heures. Guérison en cinq jours.

7. ROUTIER. 1895. — Absès prostatique blennorrhagique chez un homme de 54 ans. Ouverture spontanée uréthrale. Incision rectale. Le malade est en voie de guérison.

8. ROUTIER. 1895. — Fistules scrotales multiples. Rétrécissement et absès prostatique passent inaperçu pendant huit jours. Incision rectale tardive. Fistule recto-uréthrale quatre jours après. Guérison en deux mois.

9. BARBACCI. 1892. — Prostatite suppurée produite par le bactérium coli commune chez un homme de 75 ans, mort d'une affection médicale. Autopsie 39 heures après; ensemencement de même. Prête à discussion.

10. BELL. 1858. — Cité par Civiale. Strangurie, cathétérisme impossible. Rupture spontanée. Absès prostatique au col vésical. Flot de pus et d'urine à chaque cathétérisme. Péritonite. Mort. A l'autopsie large absès de la prostate communiquant avec la vessie par l'ouverture du cathéter.

11. BÉRAUD. 1850. — Service Velpeau; malade n° 26 meurt d'une affection des voies urinaires. Prostate convertie en loge purulente; pas de fistules.

12. B. BRODIE. 1858. — Cité par Civiale. Chez un homme de 30 ans, éprouvant de fréquents besoins d'uriner et mort d'apoplexie, abcès de la partie postérieure de la prostate avec ouverture de la crête uréthrale.
13. CIVIALE. 1858. — Jeune homme de 24 ans. Rétention d'urine. Canal très irritable. Malgré l'évacuation de la vessie, persistance des phénomènes généraux. Mort. La portion prostatique de la muqueuse uréthrale communique par cinq orifices avec un vaste foyer purulent prostatique et intervésico-rectal.
14. CIVIALE. 1858. — Vieillard épuisé par souffrances inouïes, temporaires, puis continues. Tumeur considérable, saillante dans le rectum, donnant au toucher une sorte de fluctuation profonde. Non intervention vu l'âge du sujet. Mort. Pas d'autopsie.
15. CIVIALE. 1858. — Américain, d'âge adulte, chez lequel on avait diagnostiqué un calcul vésical. Abcès de la prostate; on essaya, sans réussir, de donner issue au pus par l'urèthre. Incision par le rectum, flot de pus fétide. Malade soulagé quelque temps, meurt un an après. A l'autopsie : adhérences des petits intestins, du côlon descendant, du rectum à la face postérieure et inférieure de la vessie; prostate atrophiée; pas trace de calcul ni de la communication ancienne entre le rectum et le col vésical.
16. CLOQUET. — Observation recueillie par Velpeau chez un homme de 50 ans, bien constitué, ayant eu plusieurs blennorrhagies. Rétention d'urines, douleur aiguë

provoquée par le passage de la sonde, douleurs périnéales paroxystiques. Injections émollientes, copahu à haute dose, non supportés. Etat adynamique. Mort au vingtième jour. A l'ouverture: prostate aussi grosse qu'un œuf de poule, renfermant une grande quantité de pus non rassemblé en foyer.

17. COLLINET. 1888. — Uréthrite chronique et abcès de la prostate, suivi de péritonite mortelle chez un tirailleur tonkinois de 25 ans, maigre, anémié, cathétérisé pendant sept jours avec lavages répétés. Mort au huitième jour. Destruction complète de la glande, vaste caverne purulente où débouche la vessie; péritonite générale, phlegmon énorme dans les muscles de la paroi abdominale et le tissu sous-péritonéal.
18. CAMPENON. 1895. — Abcès de la prostate ouverte dans un autre service par la voie périnéale. Fistule consécutive longue à guérir, trois mois après.
19. CAMPENON. 1895. — X..., cultivateur. Abcès de la prostate ouvert spontanément au périnée, agrandissement de l'abcès, fistule uréthro-périnéale, interventions nombreuses en province. A la suite, incontinence des matières fécales, fistules fessières et périnéales soignées depuis un an à Broussais; actuellement il ne reste plus qu'une petite fistule périnéale. L'intégrité du sphincter semble fortement compromise.
20. COLOT. 1727. — Coexistence d'un calcul prostatique et d'un abcès de la glande gros comme deux œufs de

pigeon. Ouverture par la taille périnéale ; fistule rectale consécutive. Guérison.

21. COLOT. 1727. — Rétention intermittente chez un homme de 35 ans. Tumeur « plus grosse qu'une balle à jouer à la longue paume ». Absès à répétition, suite de débauches de jeunesse. Ouverture par la taille périnéale. Guérison.

22. COLOT. 1727. — Chez homme âgé, absès soupçonné pendant la vie. A l'autopsie poche enkystée entre la vessie et l'intestin, contenant une grande quantité de pus corrompu.

23. COLOT. 1727. — Observation Brabançon ; pus dans les urines ; prostates tuméfiées et enflammées. Ouverture de deux absès par la taille périnéale. Mort le treizième jour. Autopsie : les prostates sont purulentes, la partie inférieure de la vessie gangrénée, tout le reste du corps sain.

24. COLOT. 1727. — Observation Champeron. Prostates attaquées de dépôts par l'excès des plaisirs de l'amour. Rétention ; tumeur urineuse ; gangrène du scrotum. Incision périnéale, canule dans la vessie, ouverture du scrotum. Guérison sans fistule.

25. DANDOLO ALESSANDRO. 1891. — Absès de la prostate chez un homme de 28 ans, avec strangurie, fièvre intense, douleurs aiguës au périnée et de l'œdème scrotal et périnéal. Blennorrhagies antérieures mal soignées. Incision commençant à trois travers de

doigt du méat urinaire, sur le raphé s'arrêtant à deux doigts de l'anus. Lavages avec la liqueur de Van Swieten. Guérison en 14 jours.

26. DELCROS. 1879. — Trois blennorrhagies antérieures.

Rétention dans le cours de la dernière, chez un ferblantier de 20 ans. Absès de la prostate, ouverture spontanée dans l'urèthre. Guérison en 15 jours (Obs. recueillie à Saint-Louis, service de M. Marchand).

27. DELCROS. 1879. — Rétention d'urine et tumeur inflammatoire de la prostate chez un homme âgé de 55 ans, boutonnier. Cathétérismes répétés. Ouverture spontanée par le rectum. Guérison en 15 jours. Le malade part ensuite en convalescence à Vincennes (Obs. recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet).

28. DESNOS. 1889. — Phlegmon périprostatique et foyer anormal de suppuration chez un homme de 27 ans, d'apparence peu robuste. Prostatite aiguë et empâtement à la région inguinale. Fluctuation, incision de 10 centimètres ; issue d'un verre de pus collecté sous l'aponévrose du grand oblique. Cicatrisation le dix-septième jour. Un mois après, paroi rectale manque de souplesse et mictions un peu douloureuses.

29. DIDAY. 1888. — Cité par Guyon. Absès de la prostate. Ouverture par le périnée, fistule consécutive guérie en 15 jours, par l'usage pendant la miction d'un

ballon de caoutchouc gonflé d'eau et pressé sur le périnée.

30. DUBUC. 1893. — Abscès de la prostate chez un vieillard de 82 ans, soumis depuis longtemps à l'usage de la sonde, quatre fois lithotritié avec succès. Le 22 mai 1893, accidents généraux graves après s'être servi d'une sonde malpropre, épididymite droite, puis gauche, résolution. 16 mai pus sort en abondance par l'urèthre. Véritable flot quand on presse sur la prostate par le toucher rectal. Non intervention de parti pris, mort le 14 juin. Pareille complication très rare (Guyon).
31. DUGAS. 1832. — Abscès de la prostate suite de gonorrhées nombreuses et de cautérisations profondes dans le canal. Chez un jeune militaire (A. C.). Ouverture spontanée par le rectum. Suppuration tarie en 15 jours. Ne fut parfaitement guéri qu'au printemps.
32. DUPUYTREN. 1832. — Cité par Dugas. Prostate grosse, hypertrophiée, dure, donnant la sensation d'une exostose de la branche ischio-pubienne. Ponction périnéale. Flot de pus. Guérison rapide.
33. EMPIS. 1872. — Rapporté par Barbier. Rétrécissement uréthral ancien. Chute sur le périnée deux mois avant sa mort. Rétention. Prostatite aiguë suppurée. Issue du pus par l'urèthre et le cathéter. Saillie rectale volumineuse. Ponction rectale. Flot de pus. Mort avec les symptômes de la pyohémie. Abscès métastatiques dans le poumon. Prostate complètement détruite.

34. ERICHSEN. 1880. — Cité par Campenon. Rétention chez un sujet jeune, porteur d'un abcès périnéal, et qui meurt d'hémorrhagie spontanée uréthrale ou vésicale que rien ne peut arrêter. Entre la vessie et le rectum vaste poche suppurée, communiquant avec la vessie d'une part, l'abcès périnéal de l'autre.
35. ESTOR. 1888. — Abcès de la prostate. Guéri rapidement par l'incision pré-rectale (Gaz. de Montpellier).
36. ETIENNE (de Toulouse) 1894. — Prostatite aiguë péri-uréthrale dans le cours d'une blennorrhagie. Guérison par les lavements chauds.
37. FABRE. 1826. — Cité par Boyer. Chez un jeune homme. Blennorrhagie récente. Injection. Abcès de la prostate avec rétention qui met le malade plusieurs jours en danger de mort. Ouverture spontanée dans la vessie, mieux énorme. Ouverture spontanée dans le rectum, propagation inflammatoire à la cuisse droite. Convalescence longue. Plusieurs mois après le malade ne peut marcher longtemps.
38. GOSSELIN. 1879. — Clinique Chirurg. Prostatite aiguë terminée par suppuration et ouverture spontanée dans le rectum. Guérison.
39. GOSSELIN. 1879. — Prostatite aiguë suppurante, issue du pus spontanément à travers la peau du périnée. Guérison.
40. GUYON. 1884 (même thèse). — Abcès de la prostate à saillie dans le rectum et légère voussure vers le

périnée (35 ans). Incision antéro-postérieure de 4 cent. 1/2 sur le raphé médian. Plus d'un mois après petit trajet fistuleux qui met encore 20 jours à cicatriser. Guérison en plus de huit semaines.

41. GUYON. 1885. — Opéré par Hartmann, Paul Baravelle, 22 ans. Abscès de la prostate, saillie fluctuante vers le rectum et voussure appréciable au périnée sans fluctuation. Deux incisions périnéales à trois jours de distance. Guérison en 41 jours.
42. GUYON. 1891. — Rapporté par Noguès. Prostatite blennorrhagique. Phlébite des plexus périprostatiques. Symptômes d'infection purulente chez un charbonnier de 38 ans. Guérison sans intervention chirurgicale au bout de 35 jours.
43. GUIARD. 1883. — Necker. Abscès prostatique chez un homme de 43 ans. Ponction rectale. Hémorrhagie grave nécessitant un tamponnement. La température tombe de 39° à 36°.
44. GUIARD. 1884. — Necker. Suppuration de la prostate et pyohémie chez un garçon boucher de 39 ans. Plusieurs blennorrhagies, la dernière il y a deux mois. Rétention. Cathétérisme en ville. Toucher rectal non pratique qui fait saigner le canal. Accidents graves (Necker). Mort. Prostate siège d'une phlegmasie parenchymateuse totale. Pus à la pression. Abscès métastatique, foie et poumons.
45. HILDAN. 1802. — Cité par Bosquillon. Gonorrhées. Rétrécissement urétral. Tumeur du périnée, syncopes.

Ouverture spontanée de l'abcès prostatique, fistule uréthro-périnéale. Guérison en trois mois.

46. HOME EV. 1820. — Abscess de la prostate chez un homme de 51 ans. Ouverture spontanée dans l'urèthre. Caverne prostatique longue à se combler.

47. HOME EV. 1820. — Chez un homme de 73 ans. Rétrécissement de l'urèthre, engorgement du lobe moyen, mort d'une autre affection. A l'autopsie deux petits abscess entre la vessie et le rectum.

48. HOME EV. 1811. — Abscess de la prostate chez un homme de 55 ans, crevé par le malade lui-même en se cathétérisant. Guérison en trois semaines. Le pus fluait entre la sonde à demeure et la paroi du canal.

49. KIRMISSON. 1888. — Abscess de la prostate. Non intervention. Ouverture spontanée dans le rectum deux ans avant son entrée à l'hôpital chez un homme de 52 ans, ancien blennorrhagien, et rétréci. Cet abscess a déterminé consécutivement un rétrécissement du rectum et des abscess à droite et à gauche du péri-née. Incision de toute la paroi rectale y compris la bride. Guérison rapide.

50. KIRMISSON. 1888. — Autre cas similaire vu par l'auteur traité et guéri de même.

51. LAROCHE. 1834. — Prostatite gangréneuse chez un homme qui venait se faire sonder. Matière noire dans la vessie dont la source provenait de la pros-

tate, convertie en un foyer gangréneux au sein duquel plusieurs calculs à facettes et fournis de couches superposées.

52. LEBAIL. 1880. — (Art. de Campenon. *D. Jaccoud*).

Abcès de la prostate. Le pus de l'abcès muqueux à pus phlegmoneux siégeait à gauche (Cathétérisme).

53. LE DENTU. 1881. — Abcès de la prostate bombant dans le rectum. Ponction. Hémorrhagie grave arrêtée par le tamponnement. Guérison rapide.

54. MONOD. 1880. — Art. Campenon. Ponction sus-pubienne de la vessie. Prostatite suppurée par suite de la blessure du lobe moyen par l'extrémité du trocart.

55. NÉLATON. — Abcès de la prostate chez un homme de 53 ans ; à prostate-volumineuse. Mort au quatrième jour de son entrée à l'hôpital. En plus de l'abcès on trouve du pus dans le tissu péricellulaire les vésicules séminales, adhérences aux tissus voisins. Diagnostic porté : calcul prostatique (Vautier).

56. NÉLATON. 1885. — Abcès de la prostate chez un homme jeune ; plusieurs blennorrhagies, la dernière jamais bien guérie. Rétention. Saillie dans le rectum. Périnée indemne. Incision périnéale et guérison en trois semaines (Observation inédite due à l'obligeance de notre ami Forestier, externe du service).

57. **ÆSTERREICH**, de Berlin. 1892. — Chez un homme qui se sondait depuis deux années, prostate considérablement hypertrophiée et de consistance ligneuse. Mort de péritonite. Le lobe moyen envoie un prolongement dans la vessie. Au centre abcès volumineux qui s'était ouvert dans la cavité abdominale et avait provoqué l'issue fatale. Non diagnostiqué.

58. **PETER**. — Chez sujet mort d'une maladie intercurrente dans le cours d'une chaudepisse, et atteint de prostatite aiguë, série de gouttelettes de pus s'échappant à la pression de chacun des follicules prostatiques. Prostatite au début.

59. **PIO BORELLA**. 1894. — D^r Parona. Abcès prostatique aigu péri-urétral chez un maçon de 35 ans, apparemment guéri depuis 9 mois d'une urétrite blennorrhagique avec épидидymite. Température monte à 40°,3. Fluctuation manifeste au toucher rectal. Incision périnéale ; euillérée d'un pus verdâtre extrêmement fétide, mélangé à du sang. Pas de communication avec l'urèthre. Guérison en 10 jours.

60. **POLLACK**. 1892. — Cowpérite et prostatite suppurée. Homme de 23 ans, venant pour une deuxième blennorrhagie datant de quelques jours, Lobe gauche de la prostate tuméfié. Huit jours après abcès de la glande de Cowper. Incision, lavage et suture. Quelques jours plus tard phénomènes généraux graves, nouvelle incision périnéale. Evacuation de près d'un litre de pus. Guérison.

61. QUÉNU. 1895. — Deux faits d'ouverture d'abcès de la prostate chez des hommes jeunes par l'incision périnéale sont venus à notre connaissance. Guérison de 15 jours à 3 semaines.
- 62-63. RECLUS. 1855. — Trois remarquables observations de prostatites aiguës guéries par la méthode des lavements chauds à 55° et des compresses chaudes en permanence sur le périnée.
64. REIMONENCQ. 1832. — Thèse Dugas. Gros abcès de la prostate. Jeune homme 26 ans, à la suite d'une course de cheval saillie énorme dans le rectum. Ouverture voulue par le cathétérisme, flot de pus blanc sans odeur. Rétention se reproduisant par quatre fois différentes. Il fallait revider l'abcès avec la sonde. Douleurs fort vives. Guérison en deux mois, douleurs aiguës à l'éjaculation.
65. REIMONENCQ. 1832. — Th. Dugas. Abcès prostatique saillant dans le rectum. Menuisier de 45 ans. Ouverture voulue par le cathétérisme. Malgré sonde à demeure, les parois de la cavité furent longues à se recoller, et toutes les 24 heures on fut obligé de passer l'algalie pour faire cesser la rétention.
66. REVERDIN. 1891. — Abcès de la prostate blennorrhagique chez un homme de 20 ans, large incision prérectale de Nélaton. Deux drains à demeure ; angles de la plaie suturés. Cicatrisation le quarante-troisième jour.

67. RICHET. 1866. — Th. Descubes. Abscès de la prostate chez un sergent de ville. Ouverture spontanée par l'urèthre. Le 12 avril, incision périnéale. Sort le 1^{er} mai avec sa fistule, rentre le 27 juin avec des décollements considérables du périnée qui nécessitent une nouvelle incision. Cicatrisation longue.
68. RICHET. 1866. — Th. Descubes. Abscès de la prostate s'ouvrant spontanément dans le rectum chez un ancien blennorrhagien âgé de 25 ans. Pus abondant par le rectum pendant huit jours. Guérison le quinzième.
69. RICORD. — Faits communiqués par Fournier. Prostatite aiguë et péritonite pelvienne par propagation. Mort. Abscès de la prostate. Vésicules séminales gorgées de pus. Péritonite purulente.
70. RICORD. — Prostatovésiculite, éjaculation très fréquente, sperme hématique, puis purulent. Péritonite débutant par le petit bassin, puis se généralisant bientôt. Mort. Pas d'autopsie.
71. RICORD. — Deux observations. Abscès prostatiques bombant vers le rectum chez de jeunes hommes, abscesses ayant amené le cortège habituel de symptômes. Ponction précoce par le rectum. Guérison en deux semaines.
72. SEGOND. 1885. — Société de chirurgie. Abscès de la prostate ouvert spontanément dans l'urèthre chez un homme de 27 ans. L'abcès très tendu, toujours

cruellement douloureux, très fluctuant dans le rectum, est ouvert par l'incision périnéale, méthode de l'auteur. Guérison en quarante jours.

73. SEGOND. 1885. — Abscess de la prostate et foyer périphérique. Fluctuance et saillie vers le rectum. Jeune médecin étranger. Large incision périnéale, quantité de pus, quelques jours après issue d'une nouvelle quantité de pus. Guérison en un mois.

74. TILLAUX. 1889. — Abscess prostatique chez un vieillard à grosse prostate, ouvert par l'incision rectale à ciel ouvert avec le spéculum de Bozman. Guérison rapide.

75. THOMPSON. Edition 1874. — Abscess de la prostate chez un jeune officier. Ouverture par le rectum (spontanément ou par ponction ?) Fistule rectale consécutive guérie en six semaines en faisant coucher le malade pour uriner.

76. THOMPSON. 1874. — Jeune homme de 25 ans, atteint de rétention, au quatorzième jour d'une chaudepisse et mort 8 jours après son admission. Pus en abondance dans l'urèthre. Vaste abscess entre le rectum et la vessie, communiquant avec l'urèthre prostatique par deux larges orifices, entourant la glande et en ayant détruit une partie considérable.

77. THOMPSON. 1874. — Abscess antérieur de prostatite chez un monsieur d'âge moyen. Rétrécissement très serré. Evacuation soudaine de 60 grammes de pus de

bonne nature par les selles, puis moindre quantité chaque jour pendant quelque temps. Guérison.

78. THOMPSON. — Absès prostatique chez M..., 45 ans, ayant un rétrécissement très prononcé. Ouverture spontanée par le rectum ; issue de 250 grammes de pus dans les selles. Urine pendant un certain temps par le rectum. Finalement guérison.

79. VELPEAU. 1842. — Absès de la prostate chez une peintre de la rue des Beaux-Arts. Constipation volontaire. Agitation, souffrances extrêmes semblant mettre la vie en danger. Ouverture spontanée dans le rectum. Guérison rapide.

80. VELPEAU. 1842. — Observation d'ouverture rectale spontanée et persistance d'une fistule borgne interne pendant six semaines.

81. VELPEAU. 1842. — Autre observation similaire avec persistance pendant plus de deux mois d'une fistule complète recto-urétrale qui nécessite une opération. Guérison.

82. VELPEAU. 1842. — Deux cas d'absès de la prostate ponctionnée par le rectum. Guérison.

83. VELPEAU. 1842. — Absès prostatique chez un homme de 33 ans. Gonorrhée, rétention. Absès s'ouvre par le cathétérisme, un peu plus tard par le rectum. Meurt d'une inflammation gangréneuse d'un des membres inférieurs. Cavernes purulentes dans le périnée,

urèthre détruit dans une étendue de 8 à 12 millimètres ; par l'ouverture uréthrale on pénètre dans une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, communiquant elle-même avec le rectum.

84. VELPEAU. 1842. — Absès de la prostate ayant entraîné la mort. Caverne prostatique s'ouvrant dans l'urèthre et au périnée tout à la fois. Forme de sac anévrysmal à parois ulcérées.

85. VELPEAU. 1842. — Deux observations de même ; dans l'une, l'ouverture permettait tout au plus l'introduction du doigt et le kyste contenait un demi-verre de pus. Dans l'autre, l'urèthre prostatique était criblé d'ouverture et la cavité absédée anfractueuse et cloisonnée.

86. VIDAL (de Cassis). — Trois observations de prostatite aiguë avec saillie rectale très prononcée. Guérison par le traitement médical (sangues jusqu'à 60), en deux mois.

87. VOILLEMIER. 1880. — Observation d'un sujet rendant depuis trois mois de l'urine par le rectum, suite d'ouverture spontanée d'un absès de la prostate. La prostate, au toucher, était réduite à deux mamelons inégaux de la grosseur d'un pois. On ne dit pas ce que devint la fistule.

88. VOILLEMIER. 1880. — Deux cas d'absès prostatiques ouverts accidentellement par le cathétérisme. Guérison.

89. VERNEUIL. 1878. Obs. — Rapportée par Jalabert. Abscès de la prostate avec propagation dans la fosse ischio-rectale, produisant de la rétention, le décollement de la paroi rectale chez un homme de 35 ans, valet de chambre, d'une bonne santé habituelle, mais s'étant livré à des accès vénériens.

8 juin. — Pus dans les urines.

Ouverture par la ponction au thermo-cautère et incision de même de toute la paroi rectale entre les deux orifices fistuleux, rectal, etc.

Guérison presque complète en 35 jours.

Envoi en convalescence à Vincennes.

90. VON DITTEL. 1889. — Accès de la prostate chez un homme d'affaires de 39 ans, au cours d'une blennorrhagie récente, traitée par des injections de sulfate de zinc. Rétention. Cathétérisme excessivement douloureux. Douleurs accrues par la position assise, la défécation, etc. Douze jours après, ouverture spontanée dans le rectum, laissant une ouverture qui permet le passage du doigt. Lavages boriqués fréquents. Le patient part 10 jours après, on sent encore une fine fente au lieu de l'ouverture.

91. VON DITTEL. 1889. — Abscès de la prostate saillant vers le rectum chez un homme de 33 ans. Quatre chaudepisses antérieures. Température élevée. Trois cathétérismes dans la même journée. Quelques jours après spontanément, flot de pus par l'urèthre. En pressant la prostate par le rectum on peut rassembler une once de pus par jour. Lavages nombreux. Guérison en vingt jours.

92. VON DITTEL. 1889. — Abscès de la prostate dans le cours d'une blennorrhagie chez un peintre de 28 ans. Traitement médical. Cinq jours après, ouverture spontanée dans le rectum. Les phénomènes généraux font décider trois jours plus tard l'agrandissement de l'ouverture rectale au bistouri. Abondante suppuration. Lavage de la cavité toutes les deux heures. Trente-cinq jours après le malade part à peu près entièrement guéri.
94. VON DITTEL. 1889. — Abscès de la prostate et périprostatite chez un commis-voyageur de 32 ans. Première incision périnéale, évacuation d'une quantité de pus. Drainage périprostatique nécessitant une deuxième incision périnéale et nouveau drainage. Guérison en 48 jours.
95. VON DITTEL. — Gros abcès de la prostate près de s'ouvrir au périnée chez un homme de 62 ans. Vaste incision périnéale, drainage, fréquents lavages. Persistance d'une fistule uréthro-périnéale sans aucune tendance à la guérison plus d'un mois après sa formation.
96. VON DITTEL. 1889. — Abscès prostatique ouvert spontanément dans le rectum ; l'ouverture demeurant insuffisante, incision du raphé périnéal, agrandissement à droite et à gauche. Guérison en 6 semaines.
97. VON DITTEL. 1889. — Abscès à la prostate chez un homme de 39 ans, friseur. Incision périnéale en forme d'arc ; décollement de la prostate de la paroi

antérieure rectale, tamponnement à la gaze iodoformée. Cathéter permanent dans l'urèthre. La plaie est en bonne voie la troisième semaine.

98. VON DITTEL. 1889. — Abscess de la prostate chez un homme de 53 ans. Incision périnéale, guérison en quatre semaines.

99. VON DITTEL. 1889. — Abscess de la prostate chez un homme de 49 ans. Incision périnéale à la cocaïne. Guérison en 37 jours.

100. VON DITTEL. 1889. — Ouverture périnéale d'un abscess bombant au périnée. Guérison en 5 semaines.

101. VON DITTEL. 1889. — Abscess de la prostate très nettement senti par le rectum. Incision périnéale et décollement de la paroi rectale, issue d'un pus séro-sanguinolent. Au bout d'une semaine passée sans fièvre avec urines normales. Cystite, pyélite, mort avec les symptômes de la phthisie blonde. Autopsie non faite.

102. VON DITTEL. 1889. — Abscess de prostate ponctionné avec le trocart par le périnée, décollement de la paroi rectale. Guérison en 23 jours.

103. VON DITTEL. 1889. — Abscess de la prostate chez un homme de 38 ans, traité en avril par l'incision périnéale. Mauvais état général jusqu'au 1^{er} juillet où il veut s'en aller. Soigné chez lui par l'assistant.

104. VON DITTEL. 1889. — Absès prostatique blennorrhagique au cours d'une chaudepisse récente chez un jeune homme âgé de 20 ans. Douleurs au rectum et au périnée. Prostate grosse, douloureuse à la pression, vésicules distendues. Incision périnéale. Guérison.
105. VON DITTEL. 1889. — Autopsie d'un vieillard de 83 ans. Soumis à des cathétérismes répétés. La prostate, grosse dans sa totalité, renferme deux absès gros comme deux haricots, ayant occasionné une péri cystite du côté droit de la vessie et péritonite du voisinage consécutivement. Aucune intervention. Prostate non-douloureuse à la pression pendant la vie.
106. VON DITTEL. 1889. — Le fils du précédent, 59 ans. Mort d'urémie. Absès centraux de la prostate remontant à 6 ans, néphrite bilatérale consécutive. Mort. Le toucher pratiqué plusieurs fois n'avait rien fait trouver.
107. VON DITTEL. 1889. — Plusieurs (4 ou 5) prostatites aiguës traitées tout à fait dès le début par l'auteur par la méthode Reclus et guéries assez rapidement.
108. W. IRIDIN. — Rapporte cinq cas de prostatites causées par la pression de la selle de la bicyclette sur la prostate, avec émission de pus épais et coloré par l'urèthre. Traitement et guérison rapide par le repos, le bromure de camphre et les purgatifs.

CONCLUSIONS

I. — L'incision rectale, *large de deux, trois centimètres* et plus s'il le faut, précoce, *dès que l'on soupçonne la possibilité du pus* incision à ciel ouvert, et non plus la simple ponction au bistouri, nous paraît le procédé de choix comme traitement des abcès chauds de la prostate dans la grande majorité des cas.

1° A la portée de tous, elle est plus facile que l'incision périnéale, véritable opération, non exempte de dangers.

2° Avec les méthodes actuelles elle permet sinon l'antisepsie, du moins une asepsie suffisante du champ opératoire.

3° Faite de bonne heure, *prématurément*, elle n'est pas contre-indiquée par une ouverture récente du foyer purulent dans l'urèthre. Elle permet d'éviter la plupart des complications : vastes décollements, infection purulente, fistulisations rebelles, etc.

4° Elle donne de meilleurs résultats que l'incision périnéale. Tous nos malades sont partis guéris du huitième au dixième jour.

II. — Nous réservons l'incision périnéale lorsqu'il existe de vastes décollements, des fistules anciennes ou des cavernes prostatiques tuberculeuses.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMUSSAT. 1832. — Leçons sur les rétentions d'urine et sur les maladies de la prostate.
- BÉGIN, 1835. — Dic^t. de méd. et de chirurg. en 15 vol. Art. prostatite aiguë.
- BELL (B.). 1802. — Traité de la maladie vénérienne, traduit par Bosquillon.
- BÉRAUD. 1857. — Maladies de la prostate. Thèse d'agrégation.
- BOYER. 1824. — Traité des maladies chirurg. et des opérations qui leur conviennent. T. IX.
- CAMPENON. 1880. — Art. prostatite, in Dict. de méd. et de chirg. pratiques.
- CIVIALE. 1850. — Traité pratique des organes génito-urinaires, 2^e édition, t. II.
- COLOT. 1857. — T. de la lithotritie.
- DELCROS. 1879. — Abscès aigus de la prostate et rétention d'urine. Thèse de Paris.
- DEMARQUAY. 1856. — Observations sur le phlegmon péri-prostatique. Gazette des hôpitaux et Union médicale, 1862.
- DESAULT. 1803. — Rétention d'urine par le gonflement de la prostate. In Journal de chirurg., t. II.
- DESCUBES. 1866. — Abscès aigus de la prostate. Thèse de Paris.

- DUGAS. 1832. — Inflammation de la prostate. Thèse de Montpellier, n. 134.
- ESTOR. 1889. — Gazette hebd. des sciences méd. Montpellier.
- GOSSELIN. 1879. — Cliniq. chirurg. T. II.
- GUILAIN. 1885. — Absès prostatique, etc. Traitement par l'incision périnéale.
- GUYON, 1888. — Cliniques sur les maladies de la prostate.
- HOME (Ev.). 1820. — Pratical observations on the treatment of the prostate gland. Traduit par Marchand.
- JOURDAN. 1818. — Art. ischurie. In Dict. des sciences médicales.
- LALLEMAND. 1836. — Traitement des pertes séminales et cliniques médico-chirurgicales, 1845.
- CESTERREICH. 1892. — Semaine médicale.
- PARÉ (Ambroise). 1633. — T. II de la 9^e édition.
- PASTUREAU. 1872. — Absès de la prostate. Thèse de Paris.
- PETIT J.-L. 1774. — Œuvres posthumes de chirurgie par Lesne.
- PICARD. 1879. — Traité des maladies de la prostate.
- PONSON ALF. — Conférences sur les maladies de la prostate, des uretères et des reins.
- RAYER. 1839. — Traité des maladies des reins.
- RECLUS. 1885. — Rapport sur la communication de M. Segond. Bull. soc. chirurgie.
- REVERDIN. 1891. — Revue médicale Suisse.
— Revue des maladies des organes génito-urinaires de 1880 à 1894 inclusivement.
- ROUTIER. 1894. — Traitement des absès de la prostate par l'incision rectale. Semaine médicale.

- SEGOND. 1880. — Absès chauds de la prostate, etc. Thèse
Paris et traitement par l'incision périnéale, 1885.
- SOEMMERING. 1824. — Traité des maladies de la vessie
et de l'urèthre. Trad. de Hollard.
- SWÉDIAUR. 1817. — Traité complet des maladies syphi-
litiques.
- TILLAUX. 1889. — Cliniques chirurgicales. T. II.
- THOMPSON. 1874. — Traité pratique des mal. des voies
urinaires. Trad. Campenon, E. Martin, Labarraque.
— Traité de chirurgie. 1894. — Des absès de la
prostate.
- VELPEAU. 1842. — Dict. en 30. vol. T. 26, p. 156.
- VERDIER. 1837. — Obs. et réflexion sur le phlegmon de
la prostate.
- VIDAL DE CASSIS. 1853. — Traité des maladies véné-
riennes.
- VOILLEMIER et LE DENTU. 1880. — Cliniques chirur-
gicales.
- VON DITTEL. 1889. — Wiener Klinische Wochenschrift.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

